

Суспільні та сімейні аспекти діагнозу посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій

Віталій Омелянович

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність. У зв'язку з викликами сьогодення ПТСР є серйозною проблемою загальної і, особливо, військової психіатрії. Діагноз «ПТСР» є, в першу чергу, етіологічно обумовленим, але також значний вплив, як на розвиток, так і на клінічне оцінювання цього стану, мають такі «немедичні» чинники, як суспільні та сімейно-побутові.

Методи й матеріали. Матеріал дослідження – сучасні публікації, присвячені вивченню соціально-психологічних, сімейних та суспільно-громадських чинників, які відіграють роль у формуванні ПТСР та впливають на використання зазначеного діагнозу при огляді посткомбатантів. Метод дослідження – бібліографічно-аналітичний.

Результати. Згідно з даними північноамериканських авторів, кількість ветеранів, які отримали інвалідність у зв'язку з ПТСР, з 1999 р. по 2004 р. зросла на 79,5%, при тому, що інвалідність з приводу інших захворювань серед них зросла лише на 12,2%. Соціальна політика інвалідності заохочує ветеранів до отримання психіатричних діагнозів, в першу чергу – ПТСР. У суспільстві діагноз «ПТСР» часто використовується для виправдання кримінальної поведінки військовослужбовців та посткомбатантів. Ще одна проблема лежить в тому, що інша частина посткомбатантів, навпаки, приховують симптоми ПТСР, боячись побутової стигматизації «психічно хворого» та зіпсування своєї кар'єри. Крім громадських чинників, які впливають на використання діагнозу «ПТСР», важливими «немедичними» факторами є сімейні аспекти життя посткомбатантів. На розвиток ПТСР та його перехід у проланговану форму негативно впливає відсутність військовослужбовців вдома більш шести місяців, неможливість дистанційного спілкування з близькими під час участі в бойових діях, відсутність сім'ї, а у одружених, як це не парадоксально, присутність у складі сім'ї дітей.

Висновки. Внаслідок впливу соціально-асоційованих чинників існують певні частини посткомбатантів, одна з яких схильна до симуляції або агравації симптомів ПТСР, а друга, навпаки, схильна до дисимуляції постстресової психопатологічної симптоматики. Серед сімейних чинників, які слід вважати в якості умовно-патогенних, особливу увагу треба приділяти відсутності можливості спілкування з близькими під час ведення бойових дій, відсутність їх вдома протягом більш шести місяців та присутність в родині військовослужбовців дітей. Для вдосконалення якості діагностичної та реабілітаційної роботи необхідно найскоріше проведення науково-огрунтованої адаптації сучасних закордонних психологічних тестів, спрямованих на діагностику ПТСР та розробка специфічних вітчизняних методик.

Актуальність

3 часів перших наукових досліджень психопатологічних наслідків участі у бойових діях

медицина класифікувала такі особливі стани як «воєнний невроз», «бойовий шок», «бойова психічна травма», «розлад зони бойових дій», приділяючи особливу увагу то одним, то іншим, важливим, з точки зору тогочасного рівня знань, етіологічним факторам [1, 2, 3]. Сучасна психіатрія для відстрочених наслідків отримання екстремального психотравмуючого досвіду використовує термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). У зв'язку з викликами сьогодення ПТСР є серйозною проблемою загальної і, особливо, військової психіатрії. Дані про поширеність ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війн широко розрізняються, але безперечним залишається той факт, що хоча сам діагноз «ПТСР» є, в першу чергу, етіологічно обумовленим, тобто пов'язаним з перебуванням в зоні ведення воєнних дій, але значний вплив як на розвиток постстресових психічних розладів, так і на клінічне оцінювання цих станів, мають також і «немедичні» чинники, як то суспільні та сімейно-побутові [4, 5]. Наслідки трагічних подій останніх п'яти років привернули увагу до цієї проблеми і науковців України.

Метою даної роботи було формування на ґрунті аналізу наукової літератури чіткого уявлення про суспільні та сімейні фактори, які впливають як на виникнення посттравматичного стресового розладу у посткомбатантів, так і на використання цього діагнозу лікарями-психіатрами при оцінюванні психічного стану даної групи пацієнтів.

Методи та матеріали

Матеріалом дослідження були сучасні публікації, присвячені вивченню соціально-психологічних, сімейних та суспільно-громадських чинників, які відіграють роль у формуванні ПТСР та впливають на використання зазначеного діагнозу при огляді посткомбатантів. Метод дослідження – бібліографічно-аналітичний.

Результати

ПТСР - це специфічний психіатричний розлад, який розвивається після безпосереднього або непрямого впливу надзвичайно стресової (травматичної) події або серії подій. Симптоми ПТСР включають в себе нав'язливі спогади, пов'язані з травматичною подією, стражданням у відповідь на пов'язані з травмою сигнали та уникнення цих сигналів, негативні зміни у пізнанні та настрої [6] і можуть бути згруповані у чотири кластери симптомів: вторгнення, уникнення, негативні зміни у відчуттях і настрої та зміни в збудженні та реактивності [7].

Разом з тим, крім таких специфічних класифікаційних категорій постстресової психічної патології, як ПТСР та гостра реакція на стрес, які включені і в МКХ-10, і в DSM-5, в науковій літературі, що присвячена вивченню наслідків впливу бойової травми на психіку людини, часто використовуються такі терміни, як «частковий ПТСР» («partial PTSD») ПТСР, а також «комплексний ПТСР» чи «складний ПТСР («complex PTSD»).

Термін «частковий ПТСР» (іноді: підпороговий ПТСР – «subthreshold PTSD», субклінічний ПТСР – «subclinical PTSD» чи пресиндромальний ПТСР – «subsyndromal PTSD») [8, 9, 10] використовується клініцистами для класифікацію стану пацієнтів, у яких мають місце клінічно значущі прояви посттравматичної реакції на екстремальну психотравмуючу ситуацію, але вони цілковито не відповідають діагностичним критеріям ПТСР. Цей термін був вперше висунутий у США в якості способу класифікації ветеранів В'єтнаму, які не відповідали критеріям DSM, але мали окремі характерні симптоми ПТСР [11]. Незважаючи на те, що даний термін був розроблений для класифікації психопатологічних наслідків впливу бойової травми, від дуже швидко і широко став використовуватись і для пацієнтів з «цивільною» постстресовою патологією [12, 13, 14, 15].

Термін «комплексний ПТСР» (КПТСР) [16, 17], який увійшов у МКХ-11 (розділ 6B41), використовується для класифікації пацієнтів, стан яких характеризується не тільки проявами ПТСР, але й додатковими симптомами порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери,

наявність яких не може бути пояснена жодною коморбідною патологією. Цей термін вперше був запропонований на початку 90-х років ХХ сторіччя J.L. Herman [18] як клінічний синдром після виснажливих травматичних, зазвичай довготривалих боїв. КПТСР призводить до серйозних порушень самоорганізації у формі афективної дисрегуляції, саморецепції з негативним самоусвідомленням та сприйняттям пенетраторів, викликаючи дисфункціональні відносини з іншими, що призводить до виникнення міжособистісних проблем [19, 20, 21].

Американська військова психіатрія з 1999 року для комбатантів використовує діагноз «Бойова та оперативна стресова реакція» («Combat and operational stress reaction» - COSR), яка в дійсності є військовим аналогом гострої реакції на стрес і відображає нормальну перехідну гостру реакцію на бойову травму в умовах ведення бойових дій [22].

В північноамериканській науковій літературі, присвяченій проблемам ПТСР серед військовослужбовців, зазначається, що сам діагноз «ПТСР» був вперше доданий до DSM у 1980 році внаслідок спроб надати допомогу численним ветеранам війни у В'єтнамі, які могли розраховувати на державну допомогу тільки у випадках значних тілесних ушкоджень, тобто розвиток клінічної концептуалізації ПТСР з самого початку знаходився під сильним впливом соціально-економічних та політичних чинників [23, 24, 25, 26, 27, 28, 29].

Прихильники введення діагнозу ПТСР у США мали противоєнні погляди, фокусуючи увагу на психотравмуючому характері війни і намагаючись покращити допомогу безпосередньо військовим ветеранам, на відміну від «військової психіатрії», яка завжди захищала інтереси держави. Але результат для військових та взагалі суспільства був декілька іншим. Діагноз ПТСР в очах громадськості став «індульгенцією» для багатьох комбатантів, винних як у військових злочинах, так і в протиправних вчинках після повернення додому. Як відмічає у своїй статті відомий дослідник та громадський діяч, член Британського відділення Міжнародної мережі критичної психіатрії (CPN) Dr. Derek Summerfield: «ПТСР узаконив їх «жертвність», дав їм моральне позбавлення від відповідальності за злочини і гарантував їм пенсію по інвалідності тільки тому, що діагноз був засвідчений лікарями. Так після війн в Південній Африці і Боснії обвинувачені, які скоїли численні політично заангажовані вбивства, використовували в якості свого захисту діагноз ПТСР» [25].

Останнім часом з діагнозом «ПТСР» виникла ще одна проблема. Як повідомляють американські науковці, система охорони здоров'я та політика інвалідності заохочують ветеранів до отримання психіатричних діагнозів, а система медичного забезпечення армії США, в свою чергу, не змогла скористатися уроками військової психіатрії двадцятого сторіччя щодо особливостей соціальних очікувань та стимулів [26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 68, 69].

Згідно з даними останніх років, серед американських ветеранів війн, які звертаються за психіатричною допомогою, до 94% мали пільги за інвалідністю у зв'язку з ПТСР [36], а кількість ветеранів, які отримали інвалідність у зв'язку з ПТСР, з 1999 р. по 2004 р. зросла на 79,5%, при тому, що інвалідність з приводу інших захворювань серед ветеранів зросла лише на 12,2% [37].

Деякі ветерани, які звертаються в медичні центри США за експертною оцінкою стану здоров'я у зв'язку з можливим встановленням інвалідності, свідомо агравують або симулюють свої психічні проблеми [32, 38, 39] чи навіть фальсифікують участь у бойових діях в цілому [30, 40, 41, 42, 43, 44]. Особливо яскраво ці факти висвітлені у дослідженні Т. Freeman і співавт. [34], які за допомогою експериментально психологічних методик що зазвичай використовуються судовою психіатрією для виявлення агравації (у т.ч. SIRS, SIMS та судовий тест Міллера), встановили, що 53% ветеранів, які зверталися за допомогою у зв'язку з ПТСР, насправді виявляли тільки магістральну психопатологічну симптоматику. Більш того, оцінювання цих пацієнтів з використанням напівструктурованого інтерв'ю CAPS, яке включене до DSM-IV, висвітлює абсолютну неадекватність використання цієї методики при проведенні експертних психіатричних оглядів, бо жодних перешкод до встановлення діагнозу ПТСР вона не виявила.

Ця проблема досить гостро стоїть у США і обговорюється в низці політичних агентств цієї держави [37, 36], за результатами яких на теперішній час для виявлення ветеранів, які шукають компенсації, але не мають психічних розладів, залучаються наукові фахівці, які проводять клінічні випробування [41, 44]. Так, відповідно до аналізу порушень у виплатах компенсацій ветеранам армії США, проведеному в 2004 р. Управлінням генеральної інспекції Департаменту по справам ветеранів, у 25% з 2100 розглянутих справ було виявлено невідповідність методів, які використовувались для перевірки повідомлень ветеранів про зв'язки зі стресовими подіями. При цьому ці 25% сумнівних висновків про ПТСР потягли виплати тільки у 2004 р. загальною сумою 860,2 млн. дол. США, а за тривалість життя цих ветеранів сумнівні виплати повинні були становити \$ 19,8 мільярдів [37].

Польські дослідники вказують на іншу проблему, яка має місце у ветеранів війн в Іраку та Афганістані. Дані, які вони наводять у своїй публікації [45], свідчать про те, що з січні 2006 по червень 2012 років за допомогою в психіатричні клініки звернулося 260 польських військових ветеранів, з яких у 38,9 було діагностовано тривожні розлади, у 26,9% - розлади адаптації. При цьому автори вказують, що важливим фактором, через який ветерани часто не звертаються за допомогою до медичних установ, особливо до військових психіатричних закладів, є страх отримання «тавра психічно хворого» та негативних наслідків цієї стигми для їх подальшої військової кар'єри [46, 47, 48].

Безумовно, такі проблеми існують і в Україні, хоча її відверте наукове та соціально-політичне обговорення ще чекає свого часу.

Безперечно, крім вказаних вище суспільно-асоційованих факторів, які впливають на виставлення військовослужбовцям діагнозу ПТСР, а також традиційних етіологічних факторів (інтенсивність та тривалість боєзйткень, попередній бойовий досвід, окремі особистісні особливості, нещасні випадки у дитинстві, обтяженість психіатричного сімейного анамнезу, рівень психологічного і фізичного здоров'я з попередніми відхиленнями в поведінковій сфері перед участю у бойових діях [49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 67]), в якості вкрай важливих факторів слід також розглядати рівень соціальної та морально-психологічної підтримки після їх повернення додому [57, 58, 59]. Такі післявоєнні чинники включають в себе індивідуальні обставини особистісного життя, побутові стресові фактори, рівень соціальної підтримки, а також загальний соціальний та політичний клімат в суспільстві.

За даними літератури соціальна підтримка завжди пов'язана з меншою вірогідністю виникнення ПТСР, як серед загальнодержавних вибірок, так і серед військовослужбовців [60, 61], бо високий рівень соціальної підтримки призводить до підсилення почуття особистісної значущості та безпеки, що зазвичай виступає в якості захисного фактору проти постстресової патології. В той самий час, ветерани, які після війн залишаються безробітними чи не мають родин, значно частіше мають симптоми ПТСР.

Складнощі у міжособистісному спілкуванні ветеранів, які страждають на ПТСР включають в себе і проблеми у взаємодіях з членами їх родин. Ruscio і співавт. [64] вказують, що діти ветеранів армії США, які воювали у В'єтнамі, в порівнянні з дітьми батьків, які не приймали участь у воєнних діях, в значно більшій мірі агресивні, мають більш низьку самооцінку, більш примітивні та бідні соціальні стосунки та проблеми у спілкуванні з матерями. ці діти сприймають сімейні стосунки як менш близькі та взагалі мають складнощі з їх оцінюванням. Існують також дані інших досліджень, які вказують на те, що діти військовослужбовців-ветеранів з діагнозом «ПТСР» мають більш похмурий погляд на навколишній світ та різноманітні негативні психологічні відчуття.

Згідно з даними Pospiszyl і співавт. [65], військовослужбовці, які повертаються з зони бойових дій, проходять психологічне обстеження з використанням опитувальника психічного здоров'я, заповнюючи який далеко не всі дають відверті відповіді. Разом з тим, оцінювання непрямих маркерів сімейного благополуччя, таких як значно більш часте вживання дітьми

посткомбатантів психоактивних речовин та куріння тютюну, ніж це спостерігається в родинях батьків, які не приймали участі у бойових діях, вказують на руйнівні наслідки військового досвіду [66].

Особливо гостро сімейні проблеми встають в родинях військовослужбовців, які перебували у військових місіях більш шести місяців у початковому періоді після їх повернення, бо члени родини вже встигають перебудувати своє життя без батька, а його повернення, обтяжене психологічними змінами після участі у бойових діях. Жінки таких військовослужбовців часто вважають, що внаслідок постійного спілкування з травмованими чоловіками вони самі стають хворими на ПТСР.

Дуже цікаві дані наводять польські колеги. За результатами дослідження, проведеного у минулому році в Поморському медичному університеті в Щецині (Польща), протягом якого автори проаналізували результати обстежень польських вояків, які повернулися з військових місій, виявилось, що присутність в родинях дітей вкрай негативно впливало на психічний стан військових, значно підвищуючи рівень тривожності, тоді як фактором, який знижує рівень тривоги у комбатантів, автори вважають можливість під час знаходження в зоні бойових дій як можна частіше спілкуватися з членами родини [45].

Висновки

Виходячи з даних сучасної наукової літератури, яка присвячена вивченню «немедичних» чинників діагнозу ПТСР, існує дві, протилежних одна одній, проблеми: з одного боку певна частина посткомбатантів мотивована на виставлення даного діагнозу з метою подальшого отримання матеріальної компенсації та соціальних пільг, хоча насправді на психічний розлад вони не страждають; одночасно з цим існує і інша частина військовослужбовців, які, навпаки, маючи психічний розлад, приховують своє страждання заради продовження військової кар'єри.

Значний вплив на стан посткомбатантів має також сімейні фактори: в якості умовно-патогенних слід вважати відсутність можливості спілкування з близькими під час ведення бойових дій, відсутність їх вдома протягом більш шести місяців та присутність в родинях військовослужбовців дітей.

Таким чином, діагностичне оцінювання психічного стану військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій повинне проводитись з використанням широкого діапазону фокусованих експериментально-психологічних методик, які певною мірою можуть максимально нівелювати чи хоча б виявити симуляційні, аграваційні та дисимуляційні тенденції. Тут слід зауважити, що кількість діагностичних психологічних тестів, спрямованих на діагностику ПТСР, які б дійсно пройшли науково-сприйнятливую процедуру адаптації, в Україні на теперішній час вкрай обмежена.

Все це вказує на необхідність проведення найскорішої науково-обґрунтованої адаптації сучасних закордонних психологічних тестів, спрямованих на діагностику ПТСР та, що уявляється вкрай бажаним, розробку специфічних вітчизняних методик, які були б спроможні оцінити не тільки теперішній стан пацієнта, але й припустимі ступені ризику його погіршення, з урахуванням соціальних та сімейних складових його особистого життя.

References

1. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci* . 2000; 2(1):47-55. [PubMed](#)
2. Edgar J. Historical approaches to post-combat disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006; 361(1468):533-42. [DOI](#) | [PubMed](#)

3. Omelianovich V. Post-Traumatic Stress Disorder with Operative Staff of Internal Affairs Bodies (Early Diagnostics and Psychoprofillaxis): Thesis for Kandidat of Medicine degree on the speciality. Kharkiv: Psychiatry; 2015. [Publisher Full Text](#)
4. Magruder KM, Yeager DE. The prevalence of PTSD across war eras and the effect of deployment on PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Ann*. 2009; 39(8):778-88. [DOI](#)
5. Baker DG, Nash WP, Litz BT, Geyer MA, Risbrough VB et al. Predictors of Risk and Resilience for Posttraumatic Stress Disorder Among Ground Combat Marines: Methods of the Marine Resiliency Study. *Prev Chronic Dis*. 2012; 9(E97)[DOI](#) | [PubMed](#)
6. Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychol Med* . 2004; 34(7):1205-1214. [PubMed](#)
7. McLaughlin KA, Koenen KC, Friedman MJ et al. Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biol Psychiatry*. 2015; 77(4):375-84. [DOI](#) | [PubMed](#)
8. Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord* . 2004; 78(1):37-48. [PubMed](#)
9. Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B, McFall ME. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *J Trauma Stress* . 2007; 20(6):945-54. [PubMedDOI](#)
10. Cukor J, Wyka K, Jayasinghe N, Difede J. The nature and course of subthreshold PTSD. *J Anxiety Disord* . 2010; 24(8):918-23. [DOI](#) | [PubMed](#)
11. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* . 2001; 158(9):1467-73. [DOI](#) | [PubMed](#)
12. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *Am J Drug Alcohol Abuse* . 2006; 32(2):203-24. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)
13. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* . 1997; 154(8):1114-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
14. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry* . 2002; 43(6):413-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
15. Zhang W, Ross J, Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depress Anxiety* . 2004; 19(2):96-104. [DOI](#) | [PubMed](#)
16. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for US veterans. *J Trauma Stress*. 2007; 20(4):449-65. [DOI](#) | [PubMed](#)
17. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med* . 2004; 351(1):13-22. [DOI](#) | [PubMed](#)
18. Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *J Trauma Stress*. 2010; 23(1):69-77. [DOI](#) | [PubMed](#)
19. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 2002; 47(10):923-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
20. Begic D, Jokic-Begic N. Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Mil Med* . 2001; 166(8):671-6. [PubMed](#)
21. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry* . 2007; 164(1):150-3. [DOI](#) | [PubMed](#)
22. Carroll EM, Rueger DB, Foy DW, Donahoe CP Jr. Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: analysis of marital and cohabitating adjustment. *J Abnorm Psychol* . 1985; 94(3):329-37. [Publisher Full Text](#) | [PubMed](#)
23. Durodie B. Risk and the social construction of ‘Gulf War Syndrome’. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006; 361(1468):689-95. [DOI](#) | [PubMed](#)
24. Shephard B. “Pitiless psychology”: The role of prevention in British military psychiatry in

- the Second World War. *Hist Psychiatry*. 1999; 10(4):491-510. [PubMed](#)
25. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*. 2001; 322(7278):95-8. [DOI](#) | [PubMed](#)
 26. Frueh BC, Elhai JD, Gold PB, Monnier J, Magruder KM, Keane TM, et al. Disability compensation seeking among veterans evaluated for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2003; 54(1):84-91. [DOI](#) | [PubMed](#)
 27. Department of Veterans Affairs Office of Inspector General. Review of State Variances in VA disability Compensation Payments (05-00765-137). Washington DC: VA Office of Inspector General; 2005. [Publisher Full Text](#)
 28. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2003; 54:229-52. [DOI](#) | [PubMed](#)
 29. Rosen GM, Taylor S. Pseudo-PTSD. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(2):201-10. [DOI](#) | [PubMed](#)
 30. Baggaley M. 'Military Munchausen's': assessment of factitious claims of military service in psychiatric patients. *Psychiatr Bull*. 1998; 22(3):153-4. [DOI](#)
 31. Frueh BC, Elhai JD, Grubaugh AL, Monnier J, Kashdan TB, Sauvageot JA, et al. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2005; 186:467-72. [DOI](#) | [PubMed](#)
 32. Sparr LF, Pankratz LD. Factitious posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1983; 140(8):1016-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
 33. Dean ET. Shook over hell: Post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War. Cambridge: Harvard University Press; 1997. [Publisher Full Text](#)
 34. Freeman T, Powell M, Kimbrell TA. Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2008; 158(3):374-80. [DOI](#) | [PubMed](#)
 35. Frueh BC, Hamner MB, Cahill SP, Gold PB, Hamlin K. Apparent symptom overreporting among combat veterans evaluated for PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(7):853-85. [PubMed](#)
 36. Institute of Medicine of the National Academies. Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence. Washington DC: The National Academies Press; 2007. [Publisher Full Text](#)
 37. Department of Veterans Affairs Office of Inspector General. Review of State Variances in VA Disability Compensation Payments 05-00765-137. Washington DC: 37. VA Office of Inspector General; 2005. [Publisher Full Text](#)
 38. Polusny MA, Erbes CR, Murdoch M, Arbisi PA, Thuras P, Rath MB. Prospective risk factors for new-onset post-traumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq. *Psychol Med*. 2011; 41(4):687-98. [DOI](#) | [PubMed](#)
 39. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(5):748-66. [Publisher Full Text](#) | [PubMed](#)
 40. Read JP, Colder CR, Merrill JE, Ouimette P, White J, Swartout A. Trauma and posttraumatic stress symptoms predict alcohol and other drug consequence trajectories in the first year of college. *J Consult Clin Psychol*. 2012; 80(3):426-39. [DOI](#) | [PubMed](#)
 41. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(8):1184-90. [DOI](#) | [PubMed](#)
 42. Gilpin NW, Weiner JL. Neurobiology of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol-use disorder. *Genes Brain Behav*. 2017; 16(1):15-43. [DOI](#) | [PubMed](#)
 43. Blanco C, Xu Y, Brady K, Perez-Fuentes G, Okuda M, Wang S. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 132(3):630-8. [DOI](#) | [PubMed](#)
 44. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S, Goodwin L. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49(9):1401-25. [DOI](#) | [PubMed](#)
 45. Karakiewicz B, Rozmarynowska B., Paszkiewicz M, Zabielska P *Psychosocial aspects of participation of the Polish Armed Forces in combat missions Psychiatr Pol*. 2018; 52(5):873-86. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)

46. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4):659-60. [DOI](#) | [PubMed](#)
47. Minister of National Defense. The introduction of a preventive health program in the national defense ministry "Program of support and education in posttraumatic stress disorder syndromes in psychological and psychiatric approach". Warsaw: Inspectorate of the Military Health Service; 2013.
48. Hall Brown TS, Akeeb A, Mellman TA. The role of trauma type in the risk for insomnia. *J Clin Sleep Med*. 2015; 11(7):735-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
49. Segman RH, Cooper-Kazaz R, Macciardi F, Goltser T, Halfon Y, Dobroborski T, et al. Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder. *Mol Psychiatry*. 2002; 7(8):903-7. [DOI](#) | [PubMed](#)
50. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(10):1675-81. [Publisher Full Text](#)
51. Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, et al. Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. *Drug Alcohol Depend*. 2000; 61(1):95-102. [DOI](#) | [PubMed](#)
52. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68:748-66. [Publisher Full Text](#)
53. Hotopf M, Wessely S. Can epidemiology clear the fog of war; lessons from the 1990-91 Gulf War. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(4):791-800. [DOI](#) | [PubMed](#)
54. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for US veterans: A revisit with new data and methods. *Science*. 2006; 313(5789):979-82. [DOI](#) | [PubMed](#)
55. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006; 295(9):1023-32. [DOI](#) | [PubMed](#)
56. Shephard B. A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century. Cambridge: Harvard University Press; 2001. [Publisher Full Text](#)
57. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Associations between exposure to stressful life events and alcohol use disorder in a longitudinal birth cohort studied to age 30. *Drug Alcohol Depend*. 2014; 142:154-60. [DOI](#) | [PubMed](#)
58. Shorter D, Hsieh J, Kosten TR. Pharmacologic management of comorbid post-traumatic stress disorder and addictions. *Am J Addict*. 2015; 24(8):705-12. [DOI](#) | [PubMed](#)
59. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Anxiety Disord*. 2011; 25(3):456-65. [DOI](#) | [PubMed](#)
60. Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *J Trauma Stress*. 2010; 23(1):69-77. [DOI](#) | [PubMed](#)
61. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(11):1503-11. [DOI](#) | [PubMed](#)
62. Truszczyński O. Skuteczność terapii PTSD obejmującej wsparcie dla rodzin, funkcjonowanie służby psychologicznej oraz opieka i pomoc socjalna rodzinom żołnierzy wykonujących zadania poza granicami kraju. Szczecin: Zapol; 2005.
63. Elżbieta Talik. The sense of controllability of stressful situation and coping strategies among adolescents. *Polskie Forum Psychologiczne*. 2010; 15(1):49-65. [Publisher Full Text](#)
64. Ruscio A, Weathers F, King L, King D. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *J Trauma Stress*. 2002; 15(5):351-7. [DOI](#) | [PubMed](#)
65. Pospiszyl K. Ojciec a wychowanie dziecka. Warsaw: Academic Publishing House Żak; 2012. [Publisher Full Text](#)
66. Lipari R, Palen LA, Silber Ashley O, Penne M, Kan M, Pemberton M. Examination of veteran

- fathers' parenting and their adolescent children's substance use in the United State. *Subst Use Misuse*. 2017; 52(6):698-708. [DOI](#) | [PubMed](#)
67. Chaban OS, Bezsheyko VH, Khaustova OO, Burlaka OV, Ryvak TB, Gender-related differences of stress reactions in Ukrainian combatants. *Pharmacia*. 2018; 65(2):3-10.
68. Khaustova O, Smashna O. Clinical features of PTSD in patients with TBI. *European Psychiatry*. 2017; 41:474-5. [DOI](#)
69. Khaustova O, Smashna O. Clinical comorbidity of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury in participants of military actions in eastern Ukraine. *European Neuropsychopharmacology*. 2016; 26:628-9. [DOI](#)